

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE N°

137

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Tibor RÉVÉSZ

Né le 1^{er} Juin 1902, à Budapest (Hongrie)

LE CANCER CHEZ LES VIEILLARDS

Président : M. G. ROUSSY, *Professeur*

LIBRAIRIE SCIENTIFIQUE ET MÉDICALE

AMÉDÉE LEGRAND

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

PARIS (IV^e)

1932.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Tibor RÉVÉSZ

Né le 1^{er} Juin 1902, à Budapest (Hongrie)

LE CANCER
CHEZ LES VIEILLARDS

Président : M. G. ROUSSY, Professeur

LIBRAIRIE SCIENTIFIQUE ET MÉDICALE

AMÉDÉE LEGRAND

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

PARIS (IV^e)

1932

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale..	GREGOIRE.
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	CUNEO.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique	GOSSET.
Clinique urologique	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE . Neurologie et Psychiâ-
trie.
AUBERTIN Pathologie médicale.
BENARD Henri . Pathologie médicale.
BROCQ Pathologie chirurgica-
le.
BRULE Pathologie médicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CADENAT Pathologie chirurgica-
le.
CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT .. Physiologie.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT Pathologie médicale.
ECALLE Obstétrique.
FEY Urologie.
GASTINEL Bactériologie.
GATELLIER Pathologie chirurgica-
le.
DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
chirurgicale.
GIROUD Histologie.
HARVIER Pathologie médicale.
HAZARD Pharmacologie.
HOVELACQUE .. Anatomie.
HUGUENIN Anatomie pathologi-
que.
HUTINEL Pathologie médicale.
JOANNON Hygiène.

MM.

LABBE (Henri) . Chimie biologique.
LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
LEVEUF Pathologie chirurgica-
le.
LEVY-VALENSI . Neurologie et psychiâ-
trie.
LIAN Pathologie médicale.
MILLOT Histologie.
MONDOR Pathologie chirurgica-
le.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET . Pathologie chirurgica-
le.
MOURE Pathologie chirurgica-
le.
OBERLING Anatomie pathologi-
que.
OLIVIER Anatomie.
PIEDELIEVRE .. Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUENU Pathologie chirurgica-
le.
RICHET Physiologie.
SANNIE Chimie biologique.
SEZARY Dermatologie et syphi-
ligraphie.
VALLERY-RADOT
(Pasteur) Pathologie médicale.
VAUDESCAL ... Obstétrique.
VELTER Ophtalmologie.
VERNE Histologie.
VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUENIOT Obstétrique.
LEQUEUX Obstétrique.
LEROUX Anatomie pathologi-
que.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
RETTERRER Histologie.
ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
DEBRE	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LE LORIER	Clinique obstétricale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL ...	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER ..	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé.		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLE		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

TRAVAUX PUBLIÉS PAR LE MÊME AUTEUR

1. Zur Biochemie des Carcinoms (avec Silberstein et Freud). (*Wiener klin. Wochenschrift.*, 1925, n° 13.)
 2. Blutzuckerspiegel und Carcinom (avec Silberstein et Freud). (*Klin. Wochenschrift*, 1925, n° 47.)
 3. Zur Biochemie des Carcinoms, II (avec Silberstein et Freud). (*Biochem. Zeitschrift*, t. 181, 1927, p. 305.)
 4. Zur Biochemie des Carcinoms, III (avec Silberstein et Freud). (*Biochem. Zeitschrift*, t. 181, 1927, p. 316.)
 5. Zur Biochemie des Carcinoms, IV (avec Silberstein et Freud). (*Biochem. Zeitschrift*, 1927.)
 6. Versuche inoperable Carcinome mit Insulin zu behandeln (avec Silberstein et Freud). (*Zeitschrift f. d. ges. Exp. Med.* t. 60, 1927.)
 7. Ueber den Ersatz von Zucker durch andere chemisch definierte Koerper bei der Bekaempfung und Hintanhaltung des durch Insulin hervorgerufenen hypoglykaemischen Komplexes. (avec Silberstein und Freud). (*Biochem. Zeitschrift* t. 181, 1927, p. 327.)
 8. Ueber die Beziehungen zwischen foetalem und muetterlichem Blutzucker (avec Turolt). (*Zentralbl. f. Gynak*, 1926, I, p. 985.)
 9. Zur Wertung der Beschwerden Amenorrhoeischer. (*Zentralbl. f. Gynak*, 1926, I, p. 985.)
 9. Zur Wertung der Beschwerden Amenorrhoeischer. (*Zentralbl. f. Gynak*, 1926, I, p. 2994.)
 10. Cancer et troubles du métabolisme des sucres (avec Joltrain et Wolff). (*Bull. de l'Ass. franç. du Cancer*, t. 17, 1928.)
 11. A propos des variations du quotient respiratoire après ingestion de glucose chez les cancéreux (avec Joltrain et Wolff). (*Comptes rend. des séances de la Soc. de Biol.*, t. 98, 1928, p. 681.)
-



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547126_0022

AUX MIENS.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GUSTAVE ROUSSY,
PROFESSEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS.
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

*Qui m'a accueilli avec la
plus grande bienveillance dans
son service du centre antican-
céreux de Villejuif et m'a
fait le grand honneur d'accep-
ter la présidence de cette
thèse.*

*Ma gratitude et mes respec-
tueux hommages.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RENÉ HUGUENIN

Qui m'a de ses conseils précieux grandement facilité ce travail.

Toute ma reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS, DE BUDAPEST ET DE VIENNE.

LE CANCER CHEZ LES VIEILLARDS.

Le cancer est trop souvent considéré comme une affection des vieillards. S'il est exact que le cancer est plus rare chez les sujets jeunes, il n'augmente pas régulièrement avec l'âge. Après 60 ans — dit M. Roussy dans son livre sur le cancer en se basant sur les statistiques qu'il a publiées avec MM. Leroux et Vermès — « le cancer n'est pas plus fréquent que les affections habituelles des vieillards ».

Le plus grand nombre de cancer s'observe — d'après les statistiques — entre 40 et 60 ans. Cette période est précisément celle où de profondes modifications ont lieu dans l'organisme et plus particulièrement dans le métabolisme hormonal dont la plus marquante est la disparition du fonctionnement des glandes génitales.

L'existence dans la vie humaine d'une période particulièrement favorable au développement du tissu cancéreux a été invoquée en faveur de la conception qui considère le cancer dès son début, non pas comme une affection locale, mais comme une maladie générale, la « maladie cancéreuse » dans laquelle les cellules néoplasiques se développent sur un terrain prédisposé.

L'existence d'un terrain cancéreux nous a déjà préoccupé dans des publications antérieures. En 1925 et 1926 avec

MM. Silberstein et Freud à Vienne, en 1928 avec MM. Joltrain et Wolff à Paris, dans le service du regretté Prof. Widal nous avons apporté des arguments tirés du métabolisme altéré des hydrocarbures dans la période précancéreuse et cancéreuse en faveur de l'existence d'un terrain spécial.

Nous avons pensé qu'une analyse clinique de cas de cancer survenus après l'âge habituelle de ces tumeurs pourrait nous donner de nouveaux renseignements dans cette voie. *Il s'agissait notamment de savoir si les cancers survenus chez les vieillards montrent des particularités cliniques dans leur apparition et leur évolution qui permettrait de les distinguer des tumeurs analogues survenues à un âge moins avancé.*

La littérature relative au problème de l'influence de l'âge sur le cancer contient des travaux qui accordent une benignité réduite aux épithéliomas des sujets très âgés. Pour les épithéliomas du sein Lecène dans son livre conclut : « chez des femmes âgées de plus de 60 ans, le cancer devient en général bien moins malin... » Braine examinant la même question arrive à une conclusion analogue. Pour les autres localisations du cancer l'âge exerce une influence dans le même sens. Lee et Stubenbord ont proposé un index clinique de malignité qui entre autres tient compte de l'âge des malades dans le sens de malignité réduite avec l'âge avancée. Ewing écrit qu'« en général les cancers des vieillards évoluent lentement ». Hixford rapporte un cas de survie particulièrement long de cancer de l'estomac chez une vieille femme : il fit une pyloréctomie chez une femme de 71 ans. A 78 ans il a été obligé de faire une colotomie pour un cancer du sigmoïde. La malade ne succombe qu'à 99 ans.

MM. Roussy et Huguenin dans le centre anti-cancéreux

de Villejuif ont également remarqué certaines particularités cliniques de ces tumeurs. Dès lors il s'agissait d'étudier des cas analogues suffisamment nombreux pour savoir si des particularités s'observent fréquemment et en quoi elles consistent ?

Pour éliminer les cas survenus à « l'âge intermédiaire » nous avons retenu uniquement les cancers survenus chez des sujets ayant au moins 65 ans.

Pour pouvoir tirer des conclusions dans un travail purement clinique tel que nous nous le sommes proposés il faudrait pouvoir réunir :

1. Un grand nombre de cas analogues, avec observation complète de la maladie, c'est-à-dire posséder :
2. Tous les renseignements relatifs au début de l'affection;
3. Une description minutieuse des manifestations cliniques de la maladie;
4. L'examen histologique;
5. La nature de l'intervention éventuelle;
6. L'évolution ultérieure de la maladie, notamment durée de survie, récidives, dans les cas de décès la cause de la mort.

I. Choix des malades.

Nous n'avons pas besoin de dire qu'en matière clinique il est difficile de trouver des cas absolument superposables. Nous aurions voulu tout au moins choisir des localisa-

tions de cancer fréquentes et étudier, en partie à l'aide de l'observation, tous les cas appartenant à ces formes qui depuis 10 ans, (l'existence du Centre anticancéreux de Villejuif) y ont été soignés ou examinés seulement.

Nous avons voulu réunir ainsi tous les cas d'épithélioma du sein, de la peau et de l'utérus.

Pour l'épithélioma du sein nous avons en effet suivi ce plan. Pour la peau nous n'avions pas de peine pour trouver un nombre très considérable de cas bien suivis. Mais là une objection se présentait : le cancer de la peau est un épithélioma des vieillards par excellence ; toutes les particularités que nous leur trouverions, si intéressantes soient-elles, auraient peu de valeur pour le cancer des vieillards en général, car on pourrait nous dire que nous n'avons étudié que le cancer de la peau. Nous avons donc éliminé tous les cas de cancers des téguments. L'utérus est une localisation fréquente du cancer. Mais il s'agit là d'une part d'un organe caché, son état pathologique ne se révélant donc pas de bonne heure à l'observation directe de la malade ; n'ayant aucune fonction physiologique chez les vieillards il n'y a pas non plus les signes précoces de déficience que présentent les organes atteints dans leur fonction. Nous avons néanmoins revu toutes les observations de cancer de l'utérus chez les vieillards, mais un nombre très restreint seulement semblait digne d'être retenu.

Enfin en dehors du groupe important d'épithéliomas du sein, d'autres observations de cancer, de localisation diverses, nous ont frappés par les particularités qu'elles présentaient. Nous reproduisons l'observation d'un certain nombre d'entre elles.

II. Début de l'affection.

Là où la chose était possible nous nous sommes efforcés d'interroger et de voir les malades nous-mêmes. Mais pour réunir un nombre relativement grand de malades rentrant dans la catégorie que nous avons voulu étudier nous étions obligés de nous contenter — pour un certain nombre d'entre eux — de leurs dossiers qui se trouvent dans le service. Pour obtenir les renseignements dont nous avions besoin, cette deuxième catégorie présentait naturellement encore plus de difficultés que la première. Le premier point, peut-être le plus intéressant pour nous, était de déterminer avec le maximum de précision le début de la maladie.

Pour l'épithélioma du sein les malades s'aperçoivent en général par hasard, quelques fois à l'occasion de leur toilette, d'une grosseur dans leur sein. Il est évident que ce moment ne coïncide pas dans la grande majorité des cas même approximativement avec le début de la maladie. On peut dire d'une façon générale que la maladie a commencé beaucoup plus tôt. Dans d'autres cas — exceptionnels à notre avis — l'erreur peut être contraire et le nodule découvert ne correspondait pas encore à l'affection cancéreuse. Quoiqu'il en soit la découverte d'une dureté anormale dans le sein reste pour nous une notion précieuse, si nous voulons tirer des conclusions sur la rapidité de l'évolution de l'épithélioma du sein. D'autres renseignements comme l'écoulement par le mamelon d'un liquide, la découverte d'une adénopathie, etc. étaient plus rares.

Dans les épithéliomas de l'utérus les renseignements susceptibles de nous orienter sur le début de la maladie sont

par contre bien plus difficiles, nous dirions presque impossibles à obtenir. Les signes révélateurs habituels de cette affection, comme les pertes de sang ou d'eau rousse, quelques fois les douleurs, ne nous semble pas être en rapport très étroit avec le début de la maladie, tout au moins chez les vieillards. En effet nous avons vu des cas où la malade n'a rien remarqué d'anormal jusqu'à quelques semaines avant l'examen alors que celui-ci révèle un énorme bourgeon au col, des culs de sacs envahis etc.; dans d'autres cas au contraire la maladie a fait peu de progrès quoique son début apparent (pertes rosées) remonte à plus d'un an. Il est vraisemblable aussi que l'utérus des vieillards ayant subi une atrophie sénile, étant un organe pauvre en vaisseaux, ses tumeurs malignes aient également moins de tendance aux hémorragies.

Pour d'autres localisations le début est encore plus difficile à déceler.

Nous trouvons ainsi un cas de cancer du larynx où le malade éprouve depuis 3 ans quelques douleurs, des picotements dans sa gorge. Etait-ce les premiers symptômes de l'affection ? C'est probable. Tel malade éprouve depuis 4 ans des douleurs dans la région épigastrique, qui s'accompagnent bientôt de vomissements. Lorsque 4 ans après le malade est examiné, la radioscopie montre des signes certains d'un néoplasme. D'autres cas encore posent la même question. Nous les discuterons lorsque nous parlerons de ces malades. Ici nous avons voulu seulement montrer les difficultés d'avoir une quasi-certitude en ce qui concerne le début du cancer.

III. L'état de la maladie au moment de l'examen.

Sur ce point les renseignements sont naturellement très complets même dans les cas où ceux-ci ne sont puisés que dans l'observation.

IV. L'examen histologique.

Dans ce travail nous nous sommes proposés d'étudier les malades au point de vue clinique pure. Une étude systématique des examens histologiques pratiqués ne rentrait donc pas dans les limites de notre travail. Cependant nous avons toujours consulté le résultat de la biopsie où celle-ci a été pratiquée, et ceci pour deux raisons. D'une part il nous a donné une plus grande certitude pour le diagnostic. D'autre part il devait nous montrer si les particularités que nous allions trouver dans l'évolution clinique de nos malades, ne correspondaient pas simplement à des formes morphologiques particulières de cancer qui se trouvent décrites dans les ouvrages classiques comme ayant une évolution différente des autres formes de cancer. Si dans certains cas nous n'avions pas à notre disposition le résultat de l'examen histologique, aucune biopsie n'ayant été pratiquée, nous en possédons un nombre suffisamment grand pour pouvoir trancher cette question. Nous allons d'ailleurs reparler plus loin de ce sujet, mais disons dès maintenant que nous avons trop rarement rencontré l'existence de ces formes morphologiques particulières des classiques pour qu'elles puissent expliquer les particularités de l'évolution clinique. S'il en avait été autrement, l'intérêt de notre

travail en aurait été certes diminué n'apportant que de nouvelles confirmations cliniques de faits depuis longtemps acquis.

V. La nature de l'intervention chirurgicale ou radio-thérapeutique.

Il est certain que l'évolution ultérieure de la maladie dépend non seulement d'une malignité plus ou moins grande de celle-ci, mais encore de la thérapeutique qui a été instituée. Aussi nous avons tâché de préciser dans tous les cas où cela était possible la nature de l'intervention ou la nature des rayons employés. Ainsi par exemple nous reproduisons l'histoire de plusieurs malades atteints d'épithéliomas du sein où l'opération ne consistait qu'en une simple ablation incomplète de la tumeur que nous désignons par l'expression consacrée dans le service : « ablation de propreté ».

VI. Evolution ultérieure, durée de survie, récidives.

Nous avons essayé d'avoir des nouvelles de l'état actuel des malades qui ont été soignés dans le service. Il est inutile de dire qu'il nous a été impossible d'obtenir toujours ces renseignements. Aussi pour juger le degré de malignité de la tumeur les documents relatifs à la rapidité du développement de celle-ci avant l'opération nous donnent — pour ce travail — plus de renseignements que l'évolution ultérieure de la maladie et plus particulièrement la durée de la

survie. De plus comme nous étudions des tumeurs chez des malades très âgés, la notion de la durée de survie naturellement ne peut être de la même utilité que lorsqu'il s'agit de juger la malignité de tumeurs chez des malades plus jeunes.

Nous avons également cherché si les récides de cancer des vieillards montrent des caractères qui leur seraient particuliers.

EPITHELIOMAS DU SEIN.

Dans un premier groupe nous avons réunis tous les malades âgés au moins de 65 ans et atteints d'épithéliomas du sein qui ont été soignés dans le service de M. le Prof. Roussy à Villejuif depuis 1921.

La proportion d'épithélioma du sein survenu à cet âge est relativement faible. Néanmoins nous avons pu réunir 108 *cas* rentrant dans la catégorie que nous venons de définir. Dans quelques-uns de ces cas cependant le diagnostic n'était pas suffisamment sûr, dans d'autres l'observation pas assez complète sur les points qui nous intéressent de sorte que nous les avons éliminés. Il nous restait encore 98 cas dont nous avons étudié l'histoire clinique. Nos 98 malades se composent pour la plupart d'épithéliomas primitifs du sein, dans d'autres cas il s'agit de récidives survenues plus ou moins longtemps après l'intervention chirurgicale pour épithélioma du sein.

Nous avons tout d'abord recherché les renseignements concernant le début de la maladie. Le moment où la malade s'est aperçu la première fois d'une grosseur dans son sein ne correspond évidemment pas, comme nous l'avions déjà dit, au véritable début de la néoformation et le temps qui s'est écoulé depuis le début de l'affection jusqu'à la première consultation, a été généralement assez long.

Parmi nos malades 74 observations contenaient des renseignements suffisamment complets relatifs à la date de la première constatation de la tumeur par la malade. Nous avons pensé qu'il serait intéressant de grouper dans un tableau ces renseignements. Nous voyons donc ci-dessous à côté du temps d'existence de la tumeur le nombre des cas avec la même durée.

La malade a constaté l'existence	Nombre des
d'une tuméfaction il y a	cas
0-12 mois	23
1 an	5
1 à 2 ans	6
2 ans	11
2 à 3 ans	2
3 à 4 ans	8
5 à 6 ans	9
6 à 7 ans	2
10 ans	2
12 ans	1
15 ans	1
20 ans	1
Plusieurs années	3

Ce qui nous frappe dans ce tableau c'est le fait que plus de la moitié des malades sont venues consulter pour une tumeur qui existait déjà depuis plus de 2 ans, dans des cas relativement nombreux depuis 3 à 6 ans et même plus. Au moment de l'examen il s'agissait d'ailleurs, pour la majorité des cas, de malades ayant un état général relativement bon, des tumeurs pas trop avancées, en tout cas sans métastases lointaines : en un mot de malades traitables. Ajou-

tons aussi tout de suite que dans 3 ou 4 cas seulement il s'agissait d'épithélioma à tendance plus ou moins squirrheuse. (Ainsi précisément les deux malades chez qui l'évolution était excessivement lente, 12 et 20 ans, de durée, sont dans ce cas). Cette dernière constatation nous montre d'une part que *la forme squirrheuse de l'épithélioma du sein nous paraît être beaucoup plus rare qu'on ne serait tenté de le croire d'après les descriptions classiques*. Elle nous montre d'autre part que les évolutions lentes ne s'expliquent pas par des particularités évidentes des tumeurs des vieillards.

Nous allons reproduire ici des observations d'épithéliomas à évolution lente. Certaines de ces observations montrent en plus du développement lent de la tumeur, d'autres particularités dont nous allons parler plus loin.

Nous reparlerons ensuite des malades qui ont été suivis pendant une période plus ou moins longue après opération soit complète soit une simple « ablation de propreté ».

N^o 42. Mme G. Elisabeth, 75 ans.

Cette malade se présente à la consultation du Centre anticancéreux le 1^{er} juin 1929.

Elle s'est aperçue il y a 3 ans au cours de sa toilette d'une tumeur dans son sein droit ayant à ce moment la grosseur d'une noisette. A l'examen on trouve dans le sein droit une tumeur. Celle-ci est située à droite du mamelon et ulcérée sur une surface d'une pièce de 2 fr., l'ulcération ayant des bords bourgeonnants. La tumeur a le volume d'un gros citron, est adhérente à la peau, mais n'adhère pas aux plans profonds.

Adénopathie axillaire très légère. Pas d'adénopathie susclaviculaire.

La biopsie de la tumeur montre l'image d'un épithélioma glandulaire atypique.

Quelques jours après on pratique l'ablation de la tumeur suivie de radiothérapie postopératoire.

La malade revient 2 mois plus tard. On constate un parfait état local et général.

N° 19. Mme H. Marie, 74 ans.

La malade a été vue la première fois le 24 mars 1930.

Elle a vu apparaître il y a 4 ans une petite tumeur ulcérée dans le sillon sous-mammaire droit. La tumeur saignait de temps à autre et augmentait progressivement. Aucun écoulement par le mamelon.

A l'examen on constate l'existence d'une volumineuse tumeur du sein droit, bosselée, inégale, dure, ulcérée. Elle est *mobile sur les plans sous-jacents*, fixée à la peau du sillon mammaire.

Il existe une volumineuse adénopathie axillaire.

L'examen microscopique après biopsie montre un épithélioma glandulaire assez typique formé de cellules cylindriques. Stroma peu abondant. Opération au mois d'avril 1930.

Le 15 janvier 1932. Excellent état local et général.

N° 12. Mme H. Aug. 82 ans.

La malade entre dans le service le 8 juin 1927.

Lors de son entrée, en 1923, *donc il y a 4 ans*, on a constaté la présence d'une tumeur dans son sein droit, *que la malade a aperçu déjà un an auparavant* et qui avait à ce moment-là le volume d'une prune, adhérente à la peau, non adhérente aux plans profonds. Pas d'adénopathie. La malade refuse à ce moment tout traitement. A l'examen : Tumeur ayant le volume d'un poing, bosselée. Adhérence partielle aux plans profonds. Pas d'adénopathie.

Exérèse le 5 juillet 1927, suivie de Rayon X. La biopsie a montré un épithélioma colloïde en état de pureté absolu, avec de rares boyaux épithéliomateux.

La malade est décédée le 7 octobre 1927, à la suite d'une gangrène des membres inférieurs. L'autopsie a montré l'absence de toute récurrence ou de métastase.

N° 21. Mme H. Rosia, 82 ans.

Se présente à la consultation le 6 juin 1930.

Epithélioma du sein ulcéré, reposant sur un placard induré. Traité à deux reprises par des *rayons X*, *la malade ayant refusé l'intervention chirurgicale*.

Le début remonte à dix ans. A cette époque il existait un nodule peu volumineux et mobile qui se développait lentement et s'est ulcéré peu à peu.

Le 11 janvier 1932, la malade donne de bonnes nouvelles par lettre.

N° 4. Mlle Ch. Marie, 77 ans.

Entrée dans le service le 23 octobre 1931. Elle raconte

qu'il y a 6 ans a commencé un petit ulcère sur son sein gauche, qui saignait facilement et s'étendait progressivement. L'ulcération était toujours complètement indolore.

A l'examen on est en présence d'une vaste ulcération. L'induration s'étend en haut jusqu'à la fourchette sternale. A ce niveau il existe une masse irrégulière, bosselée, dure.

Adénopathie sus-claviculaire et axillaire.

Biopsie : Infiltration diffuse par de nombreux et grèles boyaux épithéliomateux atypiques. Stroma assez riche mais non systématisé.

Aucun traitement.

Le 12 janvier 1932. Même état.

N° 18. Mme D. Emilie, 73 ans.

Vient consulter la première fois le 17 octobre 1930. Début : il y a *un an* elle a remarqué la présence d'un noyau dans le sein droit qui s'est ulcéré au mois de mars 1931.

A l'examen on constate une tumeur du volume d'une orange adhérant légèrement au grand pectoral, largement ulcérée, avec adénopathie axillaire droite. Biopsie : épithélioma atypique. *La malade n'a subi aucun traitement.*

Le 6 janvier 1932. Vaste ulcération remplaçant tout le sein. Un prolongement de la tumeur dans l'aisselle droite. Rien aux creux susclaviculaires. Rien à gauche.

N° 37. Mme Adélaïde, 67 ans.

La malade entre dans le service le 19 octobre 1929 pour un épithélioma situé au sillon sous-mammaire droit. La

biopsie montre un épith. glandulaire atypique. *Il n'y a pas d'adénopathie. Elle s'est aperçu la première fois de la tumeur il y a 5 ans.*

N° 56. Mme B. Olympe, 75 ans.

Vient consulter le 10 septembre 1928.

Large ulcération au niveau du sillon sous-mammaire. Biopsie : Epithélioma glandulaire atypique. Pas d'adénopathie.

La malade a constaté il y a plusieurs années une grosseur dans son sein. L'ulcération a commencé il y a 5 mois.

N° 26. Mme M. Marie, 71 ans.

Vient consulter le 8 octobre 1930, *pour une volumineuse tumeur ulcérée du sein gauche.* La tumeur est polyglobée, irrégulière, a le volume d'une orange de Jaffa. *Elle est très peu adhérente aux plans profonds.* Pas d'adénopathie.

Diagnostic clinique : Epithélioma.

Elle a constaté l'existence d'une petite tumeur il y a 10 ans. Opérée au mois de décembre 1930.

Le 12 janvier 1932, excellent état.

Des observations que nous avons reproduites ci-dessus (et nous allons en citer un certain nombre d'autres plus ou moins analogues), nous pouvons donc dégager *une première particularité des épithéliomas du sein chez les malades âgées, notamment une évolution d'une lenteur exceptionnelle chez des femmes plus jeunes. Cette évolution ne se retrouve pas*

chez tous les malades âgés, mais seulement dans une proportion qui semble relativement élevée. Chez d'autres malades qui sont loin d'être rares, la rapidité du développement ne les distingue en rien des épithéliomas à un âge moins avancé.

Dans la plupart des cas à évolution lente la structure morphologique de la tumeur n'explique pas la lenteur du développement. Les formes squirrheuses nous paraissent beaucoup plus rares qu'on ne pouvait s'y attendre d'après les descriptions classiques. La plupart des tumeurs présentent les mêmes images macroscopiques et microscopiques que les épithéliomas du sein en général.

Nous avons vu qu'une rapidité moins grande de développement caractérise une partie des épithéliomas du sein des vieillards. Ce caractère qui semble indiquer une malignité réduite de ces tumeurs ne représente pas — croyons-nous — leur seule particularité.

Dans une maladie aussi complexe montrant tant de variétés cliniques et anatomiques qu'est le cancer, il est très difficile de dégager, sur un terrain purement clinique, des caractères distinctifs à l'aide d'un nombre de cas assez limités. Néanmoins en étudiant avec soin nos observations, il nous semble que la tendance à envahir les tissus sous-jacents est relativement peu marquée chez nos malades. Déjà dans plusieurs observations que nous avons reproduites nous avons souligné *la mobilité de la tumeur sur les plans profonds malgré une existence déjà ancienne et souvent un volume considérable.* Nous étions dans un assez grand nombre de cas frappés par ce caractère. En voilà encore quelques exemples :

N° 70. Mme H. Eugénie, 75 ans.

Epithélioma double des seins.

La malade entre dans le service le 10 novembre 1927. *Elle s'est aperçu il y a deux ans d'un petit nodule dans son sein droit situé en dehors du mamelon, ainsi que d'un léger écoulement de liquide par le mamelon.*

A l'examen on trouve un sein droit complètement atrophié et rétracté. Il existe dans le cadran supéro-externe *une masse bourgeonnante de la grosseur d'une mandarine, irrégulière, bosselée et ulcérée par endroit.*

A la palpation on sent une zone indurée entourant la tumeur.

Le tout est relativement mobile sur les plans profonds.

Dans le creux axillaire droit on trouve un gros ganglion dur, au creux sus-claviculaire droit un ganglion du volume d'un petit pois.

Le sein gauche montre un mamelon rétracté et remonté entouré d'une zone rougeâtre, dure, ayant la dimension d'une pièce de 2 francs. On sent dans la profondeur une masse indurée. *Le tout est mobile sur les plans profonds.*

A l'aisselle gauche un petit ganglion.

N° 5. Mme D. Marguerite, 67 ans.

Malade vue la première fois le 27 mai 1931.

Elle s'est aperçue d'une tumeur dans son sein gauche il y a six mois. Depuis la tumeur grossit.

A l'examen on constate un gros sein gauche, violacé par endroit, mamelon ombilique.

A la palpation on sent une tumeur très volumineuse, occupant à peu près la totalité du sein gauche, très dure. La tumeur

n'est pas adhérente aux plans profonds, mais adhère à la peau. Il n'y a pas d'écoulement par le mamelon. La tumeur a un prolongement dans l'aisselle gauche.

L'opération est refusée par le chirurgien à cause d'une *cardiopathie*.

On revoit cette malade le 14 août 1931, donc deux mois et demi après le premier examen et on constate :

Extension des lésions, ulcération de plus en plus profonde. Le sein gauche a doublé de volume. *La masse malgré son volume, paraît peu adhérente*, même quand on fait contracter le grand pectoral.

Cette malade ne paraît pas rentrer dans la catégorie des malades à évolution lente. Elle possède par contre très nettement le deuxième caractère des tumeurs des vieillards : le peu de tendance à envahir les plans sous-jacents.

N° 59. Mme G. Victoria, 70 ans. 23 juillet 1928.

Epithélioma du sein gauche. *Début il y a trois ou quatre ans*. On trouve dans le cadran supéro-externe une tumeur mal limitée, adhérant à la peau, mais *pas d'adhérence aux plans profonds*. Pas de rétraction du mamelon, pas d'écoulement. La malade est opérée le 15 septembre 1929 (elle n'accepte pas l'opération jusque là).

La malade se porte bien pendant deux ans.

Le 4 septembre 1932, donc trois ans après l'intervention, on la revoit avec un épanchement pleural hémorragique de nature métastatique.

Nous voyons là l'histoire d'une malade qui avait un

épithélioma se développant très lentement et qui au bout de trois ou quatre ans n'était pas encore fixé contre les plans sous-jacents. Néanmoins cette tumeur paraissant avoir des caractères de malignité réduites fait des métastases pleurales trois ans après une intervention chirurgicale.

D'autres observations encore nous montrent des tumeurs avec une grande mobilité.

Nous pouvons donc dire qu'un deuxième caractère de l'épithélioma du sein des vieillards consiste dans le fait que la tumeur conserve malgré une existence déjà assez longue où un volume déjà considérable sa mobilité sur les plans sous-jacents.

Dans les observations reproduites ci-dessus, nous avons déjà vu plusieurs malades opérées et suivies dans leur évolution ultérieure.

La série d'observations qui suivra, groupe des malades de cette catégorie.

L'opération pratiquée dans certains cas se bornait à « une ablation de propreté », dans d'autres elle était radicale, quelque fois suivie d'une série de rayons X.

Dans le cas ci-dessous, nous voyons une récurrence survenue rapidement après l'exérèse incomplète d'une tumeur qui a eu une évolution lente. Voici l'observation :

N° 24. Mme L. Julie, 71 ans.

11 juillet 1930. La malade a porté pendant plusieurs années un épithélioma volumineux du sein gauche. On a pratiqué

au mois de février 1930, donc il y a cinq mois, une exérèse de la tumeur (opération incomplète). Sa nature a été confirmée par examen histologique.

Deux mois après l'opération apparaît une ulcération.

Actuellement on trouve une vaste ulcération au niveau de la cicatrice, reposant sur un placard largement induré. Autour de la cicatrice on constate de petites métastases sous forme de nodules cutanés.

On trouve des ganglions aux deux creux axillaires, pas de ganglion sus-claviculaire.

La biopsie pratiquée montre une infiltration abondante d'un épithélioma atypique au niveau de l'ulcération et du tissu conjonctif sous-épithélial. (L'application du radium en juillet 1930 amène une certaine amélioration, mais il subsiste des cellules épithéliomateuses en pleine vitalité.)

La malade revient à plusieurs reprises et on constate le même état local.

Elle est décédée le 6 juin 1931.

L'histoire de cette malade est intéressante à plusieurs points de vue. Elle représente un nouvel exemple d'un épithélioma du sein à évolution lente chez une vieille femme. On est peut-être même en droit de se demander si ce n'est pas précisément cette évolution lente, considérée comme signe d'une malignité réduite qui a décidé le chirurgien, chez cette femme âgée, à une opération limitée. Comme nous voyons, l'évolution ultérieure dans ce cas n'était pas ce qu'on pouvait attendre. La récurrence apparaît avec une rapidité disproportionnée à la lenteur du développement de la tumeur primitive. Nous aurons encore l'occasion

de reparler de cette question de récurrence. Disons dès maintenant que la plupart des cas opérés montre une évolution moins défavorable que cette dernière malade.

Dans le cas suivant la tumeur primitive s'est développée très lentement. La récurrence après l'intervention (exérèse) est survenue avec moins de rapidité et s'est développée avec une lenteur analogue à celle de l'évolution de la tumeur. Voici son observation :

N° 25. Mme L. Marie, 73 ans.

Vient consulter le 24 mars 1930,

Il y a quatre ans et demi elle a été opérée pour une tumeur de son sein droit qu'elle avait gardée auparavant pendant six ans et demi. Il y a deux ans et demi, donc deux ans après l'opération elle s'est aperçue de l'apparition d'un petit ganglion sur la paroi thoracique.

A l'examen on constate un ganglion dans le creux axillaire ainsi que l'existence d'une récurrence locale sous forme d'un petit noyau près de la cicatrice ayant le volume d'un pois, adhérent à la peau, mais n'adhérant pas aux plans profonds.

L'évolution ultérieure est encore plus favorable dans les cas suivants :

N° 74. Mme H. Marie, 67 ans.

Vient consulter en janvier 1925, pour un nodule qu'elle a depuis quatre ans dans le sein gauche. A l'examen on trouve un nodule de la taille d'une grosse noisette, roulant sous les doigts, non adhérent aux plans profonds, ni à la peau.

Plusieurs ganglions dans l'aisselle gauche. Rien dans le creux sus-claviculaire.

Le 12 janvier 1925 *on pratique une simple exérèse de la tumeur*, une intervention plus large étant contre indiquée par l'urémie de cette malade. Rayons X postopératoires. La biopsie montre un épithélioma intracanaliculaire.

Le 20 mars 1930, la malade va très bien.

N° 73. Mme D. Eugénie, 66 ans.

Vient pour des rayons X postopératoires le 23 février 1925. *L'opération d'une tumeur du sein (épithélioma intracanaliculaire atypique) a été pratiquée le 5 février 1925.* Elle n'a découvert l'existence de cette tumeur que quatre mois avant l'opération.

On revoit la malade le 28 décembre 1927. La guérison se maintient. Le 20 novembre 1931, six ans et demi après l'opération, elle donne de *bonnes nouvelles*.

N° 29. Mme P. Jeanne, 77 ans.

Volumineux épithélioma du sein gauche avec adénopathie importante. Le début remonte à un an.

L'exérèse chirurgicale est pratiquée le 26 août 1930. (Ablation du sein avec curage ganglionnaire.) Rayon X.

Le 12 janvier 1932 : on constate un *excellent état local et général*.

N° 62. Mme L. Marie-Louise, 76 ans.

Observation du 16 novembre 1928 :

Elle a été opérée en 1912 à l'âge de 60 ans pour un épi-

thélioma du sein (ablation totale suivie de rayons X).
En 1914, il y a quatorze ans, est apparue une tumeur
axillaire qui *ne grossit que depuis quelques mois*.

N° 58. Mlle F. Marie, 72 ans.

A été opérée en 1922, pour un épithélioma du sein;
cinq séances de rayons X postopératoires.

En 1925, apparaît un œdème du bras. On refait des
rayons en 1926 et 1927.

Le 15 juin 1928 : œdème. Petits nodules cutanés à côté
de la cicatrice.

N° 48. Mme L. Julie, 78 ans.

Début apparent : Il y a un an et demi par une petite
tumeur mobile dans le sein droit.

Le 4 novembre 1929. Vaste tumeur, envahissant la peau
et l'aponévrose. Adénopathie axillaire. Quelques jours
après : opération. Rayons X.

Le 1^{er} avril 1931. La malade va très bien.

N° 45. Mme H. Anna, 68 ans.

Vient le 24 juin 1929 pour une tumeur du sein gauche,
Elle a constaté l'existence d'une tumeur il y a cinq ans et demi
qui avait à ce moment-là le volume d'une noisette. La
tumeur grossit depuis.

A l'examen on trouve une tumeur du volume d'une
orange dure, adhérente à la peau, non adhérente aux plans
profonds. Le mamelon n'est pas rétracté.

Ganglions axillaires assez nombreux.

Biopsie : épithélioma.

Le 24 juin 1929 : opération (ablation avec curage axillaire) suivie de rayons X.

On revoit la malade le 20 janvier 1932 : excellent état.

N° 53. Mlle T. Michelle, 71 ans.

Epithélioma colloïde du sein gauche.

Opérée au mois de mai 1929 (suivie de rayons X) pour une tumeur du sein gauche que la malade a remarquée un an auparavant.

La tumeur à l'examen avait le volume d'une grosse orange, adhérente à la peau, non adhérente aux plans profonds.

Le 20 janvier 1932 : la malade donne d'excellentes nouvelles.

N° 28. Mme M. Mélanie, 80 ans.

Vient consulter le 26 mai 1930.

La malade ne sait pas à quel moment remonte le début de la tumeur.

A l'examen on trouve tout le sein attiré vers le haut par une tumeur étalée, assez volumineuse, adhérente à la peau et dans la profondeur, ulcérée.

Ganglions dans l'aisselle et sur la paroi thoracique. La biopsie est positive.

Le 8 juin 1930 on pratique une « ablation de propreté ».
Pas de rayons X postopératoires.

On revoit la malade à plusieurs reprises et on constate un *excellent état local et général*.

Les dernières nouvelles — excellentes — datent du 12 janvier 1932.

N° 74. Mme H. Marie, 67 ans.

Vient consulter au mois de janvier 1925.

Elle s'est aperçue *il y a quatre ans d'un nodule* dans son sein gauche.

A l'examen on trouve une petite tumeur dans le sein gauche, du volume d'une grosse noisette, roulant sous les doigts, non adhérent ni à la peau, ni aux plans profonds. Dans l'aisselle gauche plusieurs ganglions.

On pratique une simple énucléation (la femme étant urémique) le 12 janvier 1925.

L'examen histologique montre un épithélioma intracanaliculaire. Rayons X postopératoires.

Le 20 mars 1930, cinq ans après l'opération, on revoit la malade en parfait état local.

N° 38. Mme D. Ismérie, 68 ans.

La malade entre dans le service pour un épithélioma du sein formant tumeur non adhérente aux plans profonds, ulcérée. La biopsie montre l'image d'un épithélioma atypique. Début apparent il y a six mois.

Le 29 août, on pratique une *ablation de propreté*, suivie de rayons X.

En 1930 on revoit la malade à plusieurs reprises et on

trouve une cicatrice souple, mais à deux reprises on voit des *petits nodules cutanés autour de la cicatrice qui disparaissent chaque fois après application de radium.*

Le 8 janvier 1932, deux petits nodules autour de la cicatrice souple.

Pour juger le degré de malignité de ces tumeurs on est tenté d'attendre un grand secours des renseignements sur l'évolution ultérieure de la maladie, notamment après l'intervention chirurgicale.

Mais si l'on essaie de dégager des conclusions on se heurte à des difficultés. La durée de la survie de ces femmes âgées, même indemnes de récidives est forcément très limitée et il est difficile de savoir la cause de la mort des malades décédées chez elles.

L'opération lorsqu'elle est pratiquée reste souvent limitée puisqu'il s'agit de malades âgées. Il est donc difficile de réunir un nombre important de cas radicalement opérés et bien suivis.

La durée de survie n'exprime d'ailleurs pas fidèlement le degré de malignité des tumeurs même dans les cas où la mort est la conséquence de récidives. Car l'assertion de Renaud dans son livre sur le cancer, selon laquelle « les désordres que le cancer entraîne seraient toujours accidentels, provoqués par des facteurs secondaires », nous paraît surtout vraie pour les vieillards. Aussi des récidives même discrètes peuvent avoir des conséquences rapidement fatales chez les malades dont les organes le plus souvent sont d'une fragilité plus grande que ceux des sujets plus jeunes.

Ces considérations nous montrent qu'une statistique de l'évolution ultérieure de ces tumeurs — si elle est difficile à dresser — aurait aussi peu de valeur.

On peut tout au moins essayer de dégager des impressions en revoyant les renseignements dont nous disposons.

A côté des malades relativement nombreuses où l'ablation et même une simple « ablation de propreté » est suivie d'une période de silence assez longue s'étendant jusqu'à plusieurs années, nous en trouvons d'autres où des récidives surviennent déjà au bout de quelques mois. Cependant même dans ces derniers cas on a l'impression que les récidives sont assez discrètes, limitées. Les métastases lointaines nous paraissent rares, presque exceptionnelles.

HISTOLOGIE DES TUMEURS.

L'existence de formes relativement bénignes d'épithélioma du sein est une notion courante. Les traités classiques décrivent plusieurs types avec des caractères macro et microscopiques particuliers ayant une évolution clinique spéciale. Nous ne voulons que mentionner les formes intracanaliculaire, (dendritique), le squirrhe atrophique, ce dernier — d'après les classiques — très fréquents chez les vieilles femmes.

Si l'examen clinique n'a révélé qu'exceptionnellement parmi nos malades l'existence d'une des formes bénignes classiques, les examens histologiques nous montrent de même la rareté de ces formes.

Les caractères particuliers qu'ont présentés un certain nombre de nos malades ne peuvent donc pas s'expliquer dans la majorité des cas par le fait qu'il s'agissait là d'une de ces formes classiques dont l'évolution clinique particulière est bien connue.

Les documents histologiques nous montrent dans la majorité des cas qu'il s'agit d'épithéliomas atypiques avec noyaux épithéliomateux plus ou moins abondants et d'un stroma plus ou moins riche. Dans quelques-uns des cas l'examen histologique a été fait sur de nombreuses coupes des pièces opératoires et examinées avec d'autant plus de

soin qu'un certain nombre d'entre eux faisait l'objet, de la part de MM. Leroux et Perrot, d'études sur le pronostic histologique des épithéliomas du sein. MM. Leroux et Perrot dans leurs travaux ont trouvé des caractères histologiques qui concordent avec l'évolution clinique de la maladie.

Dans ce travail nous n'avions pas pour but de classer les tumeurs d'après leurs caractères morphologiques. Partant d'un point de vue plus général, nous avons voulu étudier l'évolution clinique des cancers des malades âgés. Nous ne faisons donc que mentionner l'intérêt des recherches histologiques qui cherchent à établir un parallélisme entre l'évolution clinique et l'image microscopique des tumeurs. Les documents sont actuellement trop peu nombreux pour savoir en quelle mesure ce parallélisme existe dans les tumeurs des vieillards.

On peut dire d'une façon générale que *l'image histologique des épithéliomas du sein des vieillards ne se distingue pas d'une façon évidente des images qu'on trouve pour les épithéliomas chez des sujets moins âgés.*

* *

Résumons les conclusions que se dégagent de l'histoire de nos malades atteints d'épithélioma du sein.

La fréquence des cas où le développement de la tumeur était très lent nous paraît un fait certain.

Souvent on rencontre des malades avec de volumineuses tumeurs, adénopathie importante, chez lesquelles contrairement à ce qu'on est habitué de voir chez les malades moins âgées, la tumeur reste mobile sur les plans profonds.

Après opération, quelquefois incomplète, nous voyons

une absence de récidives pendant une période assez longue; lorsqu'elles apparaissent on les trouve discrètes, fréquemment à développement lent.

Les métastases nous paraissent rares.

Nous avons donc trouvé à ces tumeurs des caractères qui témoignent *d'une bénignité relative*.

Nous avons trop rarement constaté des formes squirrheuses, — ces tumeurs qui prennent une place intermédiaire entre les tumeurs malignes et les tumeurs bénignes, — pour que les faits constatés se laissent expliquer facilement, par une bénignité « inhérente » aux tumeurs. On a l'impression qu'il n'y a pas de différence évidente dans l'architecture de ces tumeurs avec des tumeurs franchement malignes; les particularités s'expliquent plutôt par un terrain spécial qu'elles rencontrent dans l'organisme des vieillards.

AUTRES LOCALISATIONS D'EPITHELIOMAS CHEZ DES VIEILLARDS

Nous avons déjà dit au début de ce travail les difficultés qu'on rencontre pour déterminer le début de la maladie lorsque la tumeur se trouve localisée dans un organe caché.

EPITHELIOMAS DU COL DE L'UTERUS

Ainsi pour l'utérus, comme nous le disions plus haut, les hémorrhagies ne nous semblent pas — chez les femmes âgées — suivre de près le début de la tumeur. Si nous considérons en plus que les vieilles femmes se présentent en général à l'examen dans des conditions plus mauvaises que les femmes plus jeunes, nous comprenons qu'il est difficile de tirer des conclusions de l'évolution ultérieure sur la rapidité de développement de la tumeur.

Nous allons citer simplement quelques cas qui semblent présenter une évolution d'une lenteur peu habituelle chez les femmes moins âgées.

N° 22. Mme B. Désirée, 67 ans.

Ménopause à 52 ans.

Depuis 5 ans pertes purulentes abondantes.

Depuis 4 ans : pertes malodorantes, les injections provoquant l'écoulement de sang.

A l'examen (le 8 oct. 1928) le col est recouvert de petits bourgeons. Ceux-ci gagnent l'insertion du col et la paroi droite du vagin. Un noyau dans la closion recto-vaginale. Les culs de sac sont infiltrés. Application du radium du 5 au 10 novembre. Après l'application on constate une grosse amélioration.

On revoit cette malade *2 ans et demi plus tard* (le 31 mars 1931) et on trouve un envahissement de toutes les parois du vagin.

N° 15. Mme H. Adèle, 76 ans.

Ménopause à 52 ans.

Depuis 3 ans pertes rouges.

Le 22 septembre 1926. gros col bourgeonnant, dur, infiltré, utérus complètement fixé. La masse néoplasique irrégulière, très dure est perceptible au toucher rectal.

En raison de l'état avancé des lésions on ne peut pas faire du radium. On fait une série de Rayon X (25 sept. au 15 oct. 1926).

Le 18 mai 1928 *impression d'amélioration considérable.*

24 juin 1928. Grosse infiltration de la cloison vésico-vaginale. Enorme bourgeonnement du col, cul-de-sac complètement infiltré.

N° 10. Mme R. Françoise, 67 ans.

Le 20 novembre 1925. Epithélioma du col.

Ménopause à 50 ans.

Il y a 2 mois : douleurs lombaires et métrorrhagies.

A l'examen : utérus avec gros bourgeon issu du col.

L'utérus gros, fixé.

26 décembre 1925, application du radium.

3 mai 1926. Guérison qui persiste. En raison de quelques douleurs on fait des Rayons X.

La malade revient le 3 juillet 1931. *La guérison locale persiste.*

N° 14. Mme H. Angéline, 68 ans.

Le 23 décembre 1925. Epithélioma du col.

Ménopause à 50 ans.

Depuis 1 an : pertes jaunâtres. Depuis le mois d'octobre elle perd un peu de sang.

A l'examen on trouve un gros col bourgeonnant. Utérus semi-fixé, complètement envahi aussi bien au niveau de la muqueuse qu'en profondeur.

Au mois de janvier-février 1926, Rayon X suivis d'application de Radium (22 février au 1^{er} mars et 3 au 8 mars 1926).

Le 27 janvier 1927. La malade allait très bien, mais il y a une nouvelle perte de sang.

A l'examen on ne trouve rien d'anormal.

On revoit la malade à plusieurs reprises et on a l'impression de guérison.

Le 16 janvier 1931. La malade donne par lettre de bonnes nouvelles.

EPITHELIOMAS DU LARYNX

1. B. Ludovic, jardinier, 69 ans.

Le malade se présente à la consultation le 18 mai 1923. Il a depuis 1914, donc *depuis 9 ans une extinction de voix*

avec des crises d'étouffement. Il ne voit un médecin qu'en 1920. A ce moment on lui fait une *trachéotomie* sans autre intervention. *Pendant 2 ans il va bien.* Depuis 6 mois reprises des étouffements.

A l'examen on trouve un épithélioma du larynx avec infiltration du plancher de la bouche.

4. M. B. Jules-Victor, 77 ans.

Epithélioma du larynx.

Il y a 6 ou 7 ans que le malade a la voix enrouée. Depuis 6 mois phénomènes de dysphonie et amaigrissement.

A l'examen : Epithélioma du larynx. Hémilarynx droit complètement fixé, infiltration de la bande ventriculaire.

Côté gauche : lésions discrètes.

Adénopathie très discrète derrière le muscle sternocleido-mast. droit.

La biopsie montre un épithélioma intermédiaire à tendance spino-cellulaire. Quelques mitoses et monstruosité nucléaires. Stroma peu abondant, fibroblastique.

10. M. K. Joseph, 70 ans.

Vient consulter le 17 août 1927 pour maux de gorge et picotement existant *depuis 3 ans.*

Depuis 6 mois il a la voix cassée. Depuis 2 mois dysphagie.

A l'examen on trouve une grosse masse tumorale du volume d'une demi mandarine sur le côté droit du larynx. Ulcération de la gouttière glosso-épiglottique.

Ganglions angulo-maxillaires durs.

Au mois d'août et septembre 1927 : application de radium. Novembre 1927 : Rayons X.

20 juin 1928. Pas de modification.

EPITHELIOMA DE LA LANGUE

1. M. D. Alphonse, 75 ans.

Epithélioma spino-cellulaire de la langue (Biopsie).

Le malade vient consulter le 8 avril 1929.

Le bord gauche de la langue est envahi par une ulcération bourgeonnante aux bords surélevés. La base de l'ulcération est indurée.

Quelques ganglions dans la chaîne cervicale gauche.

Le malade a consulté *il y a 2 ans déjà* un médecin qui a jugé *une opération nécessaire*. Le malade s'est contenté cependant de badigeonnages mais allait assez bien pendant 2 ans. Depuis 2 mois : Dysphagie, gêne à la parole.

Du 15 au 22 avril 1929 : radium.

Le 13 mai 1929 : aucune adénopathie, grosse amélioration de la lésion.

Le 8 juillet 1929 : la lésion est complètement cicatrisé.

Le 3 janvier 1931 : Le malade donne de bonnes nouvelles.

2. Mme J. Elise, 71 ans.

La malade consulte le 10 octobre 1930.

Une ulcération de la langue a commencé *il y a 5 ans* (elle porte un appareil dentaire).

Il y a 4 ans elle a remarqué en outre une petite *zone indurée* sur le bord gauche de sa langue. La lésion a grossi ; depuis un an gêne à la mastication.

A l'examen ; une vaste ulcération bourgeonnante au bord gauche de la langue, avec un bourrelet très saillant. Base indurée.

Au creux sous-maxillaire un ganglion dur du volume d'une prune.

Biopsie (le 10 octobre 1930) : Epithélioma spino-cellulaire, nombreuses monstruosité nucléaires, stroma peu abondant.

On fait un traitement par la télécurie thérapie : *Amélioration*.

Au mois de février et mai 1931 : Radium-puncture.

La biopsie du 4 février 1931 montre une « maturation corréée presque totale »... « Certaines zones seulement douées de vitalité... Stroma assez dense ».

3. M. P. Constant, 69 ans.

Consulte le 13 juin 1927 pour une ulcération linguale dont il ne s'est aperçu que depuis 2 mois. Ulcération en entonnoir, diamètre 2 cm., indurée.

Un ganglion dur sur le rebord du maxillaire inf. dr., empatement de la chaîne carotidienne droite.

23-29 juin 1927 : application de radium.

Cicatrisation parfaite.

21 mai 1928 : Bon état local. Cicatrice souple. Il n'y a qu'un petit ganglion sous maxillaire.

Pendant 4 ans le malade va bien.

Avril 1931. Récidive locale sous forme d'une petite tumeur arrondie, indurée derrière la cicatrice. Pas d'adénopathie.

6-10 avril 1931 : radium.

26 juin 1931 : Biopsie : pas de cellules épithéliomateuses.

CANCER DE L'ŒSOPHAGE

6. M. C. Albert, 70 ans.

Depuis 18 mois amaigrissement et anorexie. Depuis 2 mois il rejette les aliments solides. La radiographie montre une image lacunaire très nette, persistante de l'œsophage, située au-dessous d'une dilatation au niveau de D. 5.

4. M. M. 75 ans.

Début *il y a 4 ans* par gêne à la déglutition d'abord marquée pour les aliments solides. Depuis, la dysphagie augmente. A maigri de 16 kg. depuis 4 mois.

L'œsophagoscopie montre une tumeur postéro-latérale droite à 20 cm. des incisives supérieures. La biopsie pratiquée donne : Epithélioma baso-cellulaire. Quelques mitoses.

N° 15. M. N. Jules, 83 ans.

Epreuve une gêne à la déglutition depuis 18 mois. Depuis trois mois, les solides ne passent pas du tout.

Examen : Bourgeons siégeants sur toute la circonférence de la paroi œsophagienne à 38 cm. des arcades dentaires.

N° 17. Mme Ch. Marie, 72 ans.

Epithélioma de l'amygdale.

Vient consulter le 1^{er} mars 1926.

Depuis un an : gêne à la déglutition, mais bon état général.

Depuis cinq mois : Troubles de la phonation.

A l'examen on trouve une grosse ulcération englobant l'amygdale droite et tout le pilier du voile du palais. Biopsie : Epithélioma spino-cellulaire. Application de radium.

Le 8 décembre 1930 (4 ans et demi après) la malade donne de bonnes nouvelles.

Pour finir, voici l'observation de deux malades atteints d'épithélioma gastrique.

3. M. D. Hyppolite, 77 ans.

Présente depuis 2 ans des vomissements noirâtres, des douleurs, etc. On découvre les signes d'un cancer du pylore.

5. Mme B. Clémence, 66 ans.

Souffre depuis 4 ans dans la région épigastrique. Les douleurs surviennent 1 à 2 h. après les repas et sont calmées parfois par des vomissements. La malade a maigri de 10 kg. depuis 8 mois.

La radioscopie montre un estomac irrégulier, rigide qui ne se laisse pas distendre lorsqu'on refoule le liquide opaque.

Les malades dont nous reproduisons l'histoire ci-dessus montrent des analogies avec nos malades atteintes d'épithélioma du sein par le fait que la tumeur semble avoir

mis un temps très long à se développer . Il est évident que dans le cas de tumeurs du larynx ou de l'estomac, l'on ne peut pas toujours dire avec certitude que les troubles dont le malade s'est plaint plusieurs années auparavant étaient déjà des manifestations cancéreuses. Mais puisqu'il est impossible d'avoir une certitude en cette matière il faut nous contenter de probabilité. Ce qu'on peut dire en tout cas *c'est que de pareils faits fréquents chez les malades âgés, nous semblent exceptionnels chez les malades plus jeunes.*

Là encore comme pour les épithéliomas du sein ce n'est qu'un certain nombre des malades qui présentent cette bénignité relative de tumeur épithéliomateuse. Les autres ne montrent rien de particulier.

Nous avons déjà dit au début de ce travail qu'après avoir revu de nombreuses observations, d'épithélioma de la peau, nous les avons éliminés, car leurs particularités nous semblaient peu utiles dans un travail où nous cherchions les caractères distinctifs des tumeurs des vieillards, les cancers des téguments étant par excellence l'apanage de cet âge.

Il nous semble néanmoins intéressant de rappeler à la fin de ce travail que les épithéliomas de la peau présentent le plus nettement les caractères que nous avons trouvés aux autres cancers des vieillards. Là les évolutions très longues sont la règle, les évolutions rapides — l'exception.

Peut-être ces épithéliomas se distinguent-ils des autres cancers parce qu'ils s'installent dans l'organe particulier qu'est la peau, mais peut-être simplement parce qu'ils surviennent le plus souvent dans l'organisme du vieillard.

CONCLUSIONS

Nous avons revu plusieurs centaines d'observations de malades âgés d'au moins 65 ans atteints de tumeurs cancéreuses de localisations diverses. Nous avons essayé là où la chose était possible de voir les malades nous-mêmes.

Nous avons trouvé que l'épithélioma du sein est particulièrement qualifié pour une étude de ce genre, celui-ci étant très fréquent en même temps qu'accessible à l'observation directe du malade et du médecin.

L'épithélioma de la peau qui possède encore plus ces caractères ne peut pas être pris en considération : étant une tumeur des vieillards par excellence, il constitue une localisation à part.

Nous avons complété notre travail par des observations de localisations diverses.

Nous avons trouvé que ces tumeurs présentent dans une proportion élevée les particularités suivantes :

1° Un développement très lent de la tumeur, s'étendant souvent à de nombreuses années.

2° Les épithéliomas du sein montrent fréquemment, même lorsque la tumeur est déjà très volumineuse, un manque d'adhérence aux plans profonds.

3° Les malades restent souvent pendant de longues années après l'opération, même incomplète, indemnes de

récidive. Lorsqu'elles surviennent, elles semblent être discrètes, peu volumineuses et souvent à développement lent.

4° Les métastases des épithéliomas des vieillards semblent relativement rares.

5° Ces particularités ne s'expliquent pas par des particularités évidentes de l'architecture des cancers des vieillards.

6° Les formes squirrheuses à évolution relativement bénigne ne nous semblent pas aussi fréquentes chez les vieillards, comme le disent les traités classiques. Nous ne les avons rencontrées qu'exceptionnellement.

Pour expliquer ces caractères des cancers des vieillards témoignant d'une bénignité relative on est donc en droit d'admettre chez ces derniers une modalité particulière dans la vitalité de ces tumeurs et dans les réactions de l'organisme vis-à-vis d'elles, en un mot d'admettre un terrain particulier.

Vu,
le Doyen,
BALTHAZARD

Vu, bon à imprimer :
Le Président de Thèse,
G. ROUSSY

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages et articles consultés.

- LECÈNE et LERICHE. — Thérapeut. chirurg. Paris, Masson 1926.
MÉNÉTRIER. — Le Cancer (Collection Carnot et Lereboullet).
RENAUD. — Les cancers et leurs complications. Paris, Masson 1927.
ROUSSY. — Le Cancer (Traité de Médecine Widal-Tessier).
BRAINE. — *Gaz. méd. de France*, n° 15, 1930.
EWING. — *Bull. of the New-York Acad. of Med.*, 1929, n° 5.
HIXFORD. — Discussion après la communication de Horsley :
Trans. of the americ. Surg. Assoc., 1928, 46. (*Réf. de Index analyt. cancerolog.*, 1929, 3, p. 418).
LEE et STUBENBORD. — *Bull. of the New-York acad. of Med.*, 1929, n° 5.
-

